Symmetrische Abszesse der Bauchdecken.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

D. Vasmer.

Meiner geliebten Mutter
zu eigen.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548101_0148

Aus der Chirurgischen Klinik der Universität Göttingen.

Symmetrische Abszesse der Bauchdecken.

Beitrag zur Casuistik der Bauchdeckenabszesse.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen medizinischen Fakultät der Georg-Augusts-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Dietrich Vasmer
aus Wernigerode a. H.

Sorau N.-L.
Druck von Rauert & Pittius, G. m. b. H., Sorau N.-L.
1913.

Tag der mündlichen Prüfung: 16. Januar 1913.

Referent: Herr Prof. Dr. med. R. Stich.

Jm März des vergangenen Jahres wurde in der Göttinger Chirurgischen Klinik ein Fall von symmetrischen Abszessen der Bauchdecken beobachtet, für deren Entstehung weder Anamnese, noch Befund einwandsfrei klare Anhaltspunkte boten. — Dieser Fall, dessen Krankengeschichte mir zu überlassen Herr Professor Stich die Güte hatte, gab Anregung, in der Literatur nach analogen Fällen symmetrischer Abszesse zu suchen. Das Resultat meiner Nachforschung habe ich in folgendem niedergelegt.

Symmetrische Abszesse der Bauchdecken, die bedeutend seltener sind, als die einseitigen, unterscheiden sich weder symptomatologisch, noch ätiologisch von letzteren, von denen nur ihre symmetrische Erscheinungsform sie abgrenzen lässt. Mithin gilt alles, was im allgemeinen über Abszesse der Bauchdecken zu sagen ist, auch für die symmetrischen Abszesse.

Ich möchte darum zunächst vorausschicken, was über Topographie, Symptomatologie und Aetiologie der Bauchdeckenabszesse überhaupt zu sagen ist.

Abszesse können in allen Schichten der Bauchdecken auftreten; sie bieten klinisch und anatomisch, je nach ihrem Sitz, die verschiedensten Bilder.

Man kann an den vorderen Bauchdecken nach Ledderhose folgende Schichten unterscheiden, in denen Abszesse ihren Sitz haben können:

1. im subcutanen Fett;
2. in der vorderen Rectusscheide, resp. im Muskel selbst;
3. im prävesicalem Raum;
4. im submuskulärem Raum;
5. im präperitonealem Raum.

Hierzu kommen:

6. die subcumbilicalen Phlegmonen, von Heurtaux beschrieben.

Zum Verständnis des Folgenden ist es notwendig, kurz auf die Topographie der vorderen Bauchwand einzugehen, zumal die Ansichten über die anatomischen Verhältnisse der hinter den Recti gelegenen Räume verschieden sind.

Nach Durchtrennung der Haut, des subcutanen Fettes und der Fascia superfacialis trifft man auf die in aponeurotischen Scheiden eingebetteten Recti. Die beiderseitigen Aponeurosen vereinigen sich in der Mediane zur Linea alba. Diese trennt die rechte von der linken vorderen Rectusscheide, in welcher jederseits Abszesse sich bilden können. Das eben Gesagte gilt von der hinteren Rectusscheide; doch reicht letztere nur bis zur Linea semicircularis, die ungefähr in der Nabelgegend liegt; von hier ab übernimmt die Fascia transversalis die Rolle der hinteren Rectusscheide. — Nach Labuze liegen die Recti hier nicht mehr in gesonderten Scheiden, sondern die hintere Scheide ist eine gemeinsame. — Bei der vorderen Rectusscheide, auch bei dem oberen Teil der hinteren Scheide, d. h. vom Processus xiphoideus bis zur Linea semicircularis, handelt es sich um einfache anatomische Verhältnisse.

Nicht so klar und allgemein anerkannt ist die Topographie der tieferen Bauchdecken unterhalb dieser Linie. Ueber den hier befindlichen prävesicalen und submuskulären Raum, d. h. denjenigen Raum, der vorn von den Recti, hinten von dem Peritoneum, unten von Blase und Symphyse begrenzt wird und nach oben bis in die Nabelgegend reicht, danken wir französischen Chirurgen ausführliche Mitteilungen.

Dieser prävesicale Raum führt nach dem Schweden Retzius auch den Namen cavum Retzii, eine Bezeichnung, die von Roser zurückgewiesen wird, da es sich weder um einen Hohlraum, noch um scharf begrenzte Bindegewebsräume handele. Die genauere Topographie der tieferen Zellgewebslagen des Hypogastriums ist nach neueren Autoren, wie Englisch, Henke, Kohlrausch, Leusser, Pinner, Charpy, die folgende: Wie oben gesagt, liegen beide Recti in einer besonderen Scheide, die von der Linea semicircularis Douglasii abwärts, von der Fascia transversalis, s. Velpean, s. Fascia transversalis Cooperi, welche sich an die Hinterfläche der Symphyse und der Schambeinäste ansetzt, gebildet wird. — Die Fascia

propria Velpeau, die sich kurz unterhalb der Douglas'schen Linien von der Fascia transversa abspaltet, an der Vorderfläche der Blase bis zur Fascia pelvis herabzieht, sich mit ihr vereinigt, den Urachus und die Ligamenta vesicalia umbil. membranartig überzieht, teilt dem zwischen den hinteren Rectusscheiden resp. Fascia transversalis befindlichen Raum in zwei Kammern. So entstehen zwischen Peritoneum und den Recti drei, mit lockerem Zellgewebe angefüllte Räume.

1. Cav. submuskulare oder supra pubicum, dessen Grenze vorne die Recti, hinten die Rectusscheide, unten die Symphyse ist.
2. Cav. prävescicale, oder retropubicum, der eigentliche Retzius'sche Raum, zwischen der Hinterfläche der Rectusscheiden, bez. der Fascia transversalis Cooperi und der Fascia propria Velpeau, das sich bis zum Rectum und der Fossa iliaca fortsetzt.

Da die hintere Wand der Scheide der Recti sich nach abwärts deutlich verdünnt, oft sogar kleine Lücken zeigt, so ist damit eine Kommunikation zwischen 1 und 2 hergestellt, sodass Entzündungen des einen Raumes leicht auf den anderen übergreiten.

3. Cav. präperitoneale, dessen hintere Wand das Peritoneum, die vordere die Fascia propria Velpeau ist.

Der vordere Scheidenraum der Recti, der durch die Inscriptiones tendineae in mehrere Kammern geteilt wird, steht mit dem hinteren Raum nicht in Verbindung.

Wir teilen die Bauchdecken-Abszesse zweckmässig in folgende Gruppen:

1. die Abszesse im subcutanen Gewebe;
2. die Abszesse der Rectusscheide,
   a) in der vorderen Rectusscheide und im Muskel,
   b) submusculär, prävesical und präperitonal gelegene.

1. Die **Abszesse im subcutanen Gewebe** der Bauchwand sind nach der Art ihres Auftretens und dem Gang ihrer Entwicklung akute und chronische. Ausserdem sind primäre und sekundäre zu unterscheiden.

Die Entstehungsursache primärer Abszesse ist vorzugsweise das Trauma.

Im Socin- und Keser'schen Jahresbericht findet sich die kurze Notiz: 34 jähriger Mann, subcutan. Phlegmone des r. Ligament. Pouparti infolge von Trauma. Breite Jnzis. Vorübergehendes Gesichtserysipel. Heilung.

Feldbinder führt einen Fall an, in welchem bei einem 12 jährigen Knaben ein Trauma (Stockschläge) zur subcutanen Abszedierung führten.

Eitrige Prozesse, welche sich in den tieferen Schichten abspielen und nach vorne wandern, treten im subcutanen Gewebe als sekundäre Abszesse in die Erscheinung. Dies ist wohl der Entwicklungsgang bei dem von Brisolle erwähnten Fall gewesen. Er beobachtete bei einer 24 jährigen nervösen, sonst gesunden Frau, im Anschluss an eine schwere Entbindung, einen subcutanen Abszess. Nach Entleerung des Eiters Heilung.

Einige Autoren wollen nach einer Kontusion der Bauchdecken bei sonst gesunden Personen ohne Verletzung der Haut subcutane Abszesse beobachtet haben. Hierher gehören drei von Wedrychowski berichtete Fälle, in welchen durch Druck eines Hosenknopfes, einer Patronentasche, eines Gürtels subcutane Abszesse ohne Verletzung der Haut entstanden sein sollen. Mit Recht nimmt Ledderhose an, dass eine wenn auch noch so kleine Exkoriation der Haut bestehen muss, welche die Eingangspforte für die Infektionserreger bildet. Seiner Ansicht nach können ohne Verletzung der Haut subcutane Abszesse nur auf der Grundlage einer Allgemeinerkrankung, wie Typhus, Pyämie u. a. entstehen.

Für in der Nabelgegend vorkommende subcutane Abszesse bilden häufig stagnierende Hautservete und Entzündungen im Nabeltrichter, durch welche die Infektionserreger in das subcutane Gewebe gelangen, die Entstehungsursache. — Wedrychowski beobachtete bei einem 18 jährigen Mann ein Erythem des Nabels, das zu einem subcutanen Abszess führte. — Dass auch fremde Substanzen, die von aussen durch den Nabeltrichter in das subcutane Gewebe gelangen, zur Abszedierung führen können, illustrieren die Fälle von Ledderhose und Meyer, in welchen dieselbe auf Morphiuminjektionen zurückzuführen waren, welche die Kranken sich selbst gemacht hatten.

Dass in das subcutane Gewebe eingedrungene Fremdkörper zur Abszessbildung führen, ist selbstverständlich und soll nur der Vollständigkeit wegen erwähnt werden. Als solche Fremdkörper kommen besonders Nadeln inbetracht, die Hysterische sich eingeführt haben. (Ledderhose: Strassburger Klinik), oder welche Kindern von unvorsichtigen Müttern oder Wärterinnen unbemerkt eingedrückt sind.

Ebenso können Aktinomykose, Cysticercen, Echinokokken als ätiologisches Moment bei den Abszessen des subcutanen Gewebes der Bauchwand inbetracht kommen.

Die aus der Umgebung — Thorax, inguinal- und Lumbalgegend — fortgeleiteten Eiterungen, die zur Abszessbildung im subcutanen Gewebe führen, bilden diagnostisch keine Schwierigkeit. Es sind vor allem kalte Abszesse, die von einer primären Knochentuberkulose (Rippen, Sternum, Becken) fortgeleitet, in das subcutane Gewebe durchbrechen.

Wie oben schon gesagt, können in den tiefen Partien des Abdomens entstehende Entzündungen zur Abszessbildung im subcutanen Gewebe führen. Es sind dies vor allem entzündliche Vorgänge und Eiterungen der Eingeweide, Entzündung des Prozessus vermif., — Kot- und Gallensteine, - Empyem der Gallenblase, — Peritonitis. — Tumoren der Bauch- und Beckenorgane, puerperale Eiterungen des Beckenbindegewebes sind hier zu nennen.

Besondere Beimischung des Eiters, wie flüssiger oder fester Darminhalt, Galle, Urin usw. werden meist als differentialdiagnostische Merkmale von einfachen subcutanen Eiterungen von Wichtigkeit sein.

Bei einem von Ledderhose mitgeteilten Fall aus der Strassburger Klinik handelt es sich um einen kalten Abszess, wahrscheinlich puepuralen Ursprungs. Der in Frage kommende Abszess war von einer so dicken Bindegewebskapsel umgeben, dass Fluktuation nicht festzustellen war. Man dachte an eine fibromatöse Neubildung, bis die Operation die richtige Diagnose ergab. Es erfolgte Heilung.

Prognostisch sind diese Abszesse günstig zu beurteilen, wenn dieselben nicht einen ausgesprochenen septischen Charakter haben. Dies gilt für die primären Abszesse; die sekundären

sind natürlich prognostisch nach der Schwere der Grunderkrankung zu beurteilen.

2. Die **Abszesse der Rectusscheide** können ihren Sitz in der vorderen Scheide, im Muskel selbst und in der hinteren Scheide haben. Diejenigen der hinteren Scheide sollen wegen ihrer nahen Beziehung zu den Phlegmonen des prävesicalen Raumes an späterer Stelle behandelt werden.

Praktisch wird es schwer fallen, zu entscheiden, ob der primäre Sitz des Abszesses in der vorderen Scheide oder im Rectus selbst gelegen ist, sodass wir diese beiden Arten der Abszesse zusammen betrachten wollen. Bei letzteren wird insofern der Befund ein anderer sein, als Abszesse, oberhalb des Nabels gelegen, also in dem Teil des Muskels, welcher Jnscriptiones tendeneae besitzt, eine geringere Ausdehnung und shärfere Abgrenzung haben werden, als die unterhalb des Nabels gelegenen, die sich nach unten bis zur Symphyse ausbreiten, und intolge der hier lockerer gebauten Linea alba auch auf die andere Seite übergreifen können, wogegen die oberhalb des Nabels gelegenen durch die betreffenden Jnscriptionen nach oben und unten, durch die Linea alba medial, durch den lateralen Rand der vorderen und hinteren Rectusscheide lateral begrenzt werden. Doch kann auch die Linea alba durch Ausdehnung des Abszesses verdrängt oder perforiert werden, sodass der Abszess die Medianlinie überschreitet und in symmetrischer Form erscheint.

Die Aetiologie dieser Muskel-Abszesse ist nach Labuze und anderen älteren Autoren die folgende:

1. Akute Myositis simplex;
2. Muskel-Rheumatismus;
3. Muskel-Syphilis;
4. Skrofulose;
5. Ruptur;
6. Schweres Fieber.

Wir würden heute diese Einteilung nicht mehr gelten lassen können. Auch Ledderhose spricht von diesen ätiologischen Momenten nur dem Hämatom des Muskels und der Ruptur desselben nach Typhus eine Bedeutung zu. Wie bekannt, rupturieren die nach Typhus oft wachsartig degenerierten

Muskeln leicht. Die hierbei entstehenden Hämatome — auch Hämatome ohne vorhergehende Muskelzerreissung wurden beobachtet — führen zu sekundärer Eiterung, während dies bei gesunden Personen nicht beobachtet ist. Diese Rupturen, bezw. Hämatome, findet man auch in der Scheide des Muskels. —

Labuze teilt einen Fall eines intra-musculären Abszesses bei einem Typhuskranken mit. Die Inzision förderte ein Glas Eiter zu Tage, der mit Blutgerinsel gemischt war. Mikroskopisch fanden sich Muskelfibrillen. Heilung.

In der Kussmaul'schen Klinik sah Ledderhose bei einem Typhus-Rekonvaleszenten eine vereiterte Rectus-Ruptur, die kurz vor dem Ausbruch nach aussen stand, sich aber wieder zurückbildete.

Guyon beobachtete bei einem 28jährigen, an Typhus erkrankten Mann einen Tumor in der Nabelgegend. Wiederholte Punktionen ergaben reichlich Eiter, „wahrscheinlich Muskeleiter". — Rekonvaleszenz.

Desprès berichtet folgenden Fall: 17jähriger Mann hatte vor zwei Monaten Typhus gehabt. Vor vier Monaten hatte er einen Stoss vor den Bauch bekommen; an der getroffenen Stelle bildete sich eine Ekchymose; später entstand hier ein Abszess, der inzidiert wurde. Ueber den weiteren Verlauf erfahren wir nichts. — Der Autor führt den Abszess allein auf das Trauma, unabhängig vom Typhus, zurück. Sicherlich wird aber auch hier die Vereiterung des Hämatoms auf den Typhus zurückzuführen sein, ähnlich wie bei dem folgenden Fall von Rectus das Erysipel den Anlass zur Vereiterung des Hämatoms gab:

Die 40jährige Patientin hatte im Verlauf einer Bronchitis plötzlich während eines Hustenanfalls einen Schmerz im Leibe verspürt. Im Anschluss hieran entwickelte sich ein Tumor. Es handelte sich um einen heissen Abszess, der ein wenig über der Nabelhorizontale in der linken Bauchseite lag. Patientin hatte einige Wochen vorher ein Erysipel der Nase gehabt. — Rectus erklärt die Entstehung des Abszesses folgendermassen: Bruch einiger Fasern des Rectus; darauf folgendes Hämatom, welches durch die Streptokokken des Erysipels infiziert worden war.

In den Annalen des Charité-Krankenhauses von 1852 finden sich 7 Fälle von intra-muskulären Abszessen, die nach Wolf auf „Muskel-Rheumatismus“ zurückzuführen sind: 4 Männer, 3 Frauen, die sämtlich als geheilt entlassen wurden. 2 Fälle wurden inzidiert; die übrigen medikamentös behandelt. Von den medikamentös behandelten Fällen brach bei dem einen der Eiter durch die Bauchdecken nach aussen durch; bei 2 Fällen entleerte sich der Eiter p. Rectum, bei einem Fall mit dem Urin. Offenbar hat es sich in diesen Fällen um infektiöse Prozesse gehandelt, die mit dem, was wir heute unter M. Rh. verstehen, nicht in Einklang zu bringen sind.

Ein Fall von Muskel-Syphilis findet sich in der Dissertation von Gossman:

30jähriger Mann aus gesunder Familie, stets gesund Vor drei Wochen bemerkte Patient Geschwulst in der rechten Unterbauchgegend. Schmerzen. Urin und Stuhl o. B. Luet. Affektion geleugnet. Status: kräftiger Mann ohne Zeichen von Lues. In der rechten Bauchgegend ein von der Symphyse nach oben aussen sich erstreckender, mit den Bauchdecken verschieblicher, vom Rectum kaum mit dem Finger erreichbarer derber Tumor. Derselbe ist von zwei Faustgrössen ohne Druckempfindlichkeit. Der Tumor besteht aus zwei Zapfen, der eine von der Symphyse nach oben, der andere parallel dem Poupart'schen Bande verlaufend. Inzision des zerfallenen Gummies. Auskratzung.

Tuberkulose ist in den folgenden Fällen Ursache der Abszessbildung.

Heinrich veröffentlicht im „Journal für Kinderheilkunde“ die folgende Krankengeschichte: 6jähriger Knabe erkrankt mit heftigen Schmerzen im Leibe und lebhaftem Fieber, Brechreiz und Erbrechen. Seit zwei Tagen Darmausleerungen verhalten. Rechts und unterhalb des Nabels Bauchseite röter, gespannter, aufgetriebener als links. Circumscripte Rötung der Haut der rechten Bauchseite, zunehmende Erscheinung von Fluktuation. An den mehr abhängigen Partien bildet sich ein Abszess. Inzision: Jauche. — Exitus 15 Tage später. — Sektion ergab: Tb. pulmonum; Unterleibseingeweide o. B. Einige

kleine Tuberkeln im Mesenterium; Vereiterung und tuberkulöse Entartung geht bis zum Bauchfell.

Lecler: 18jähriger Mann mit einer 6 cm. langen und 4 cm. breiten Schwellung nach aussen vom linken Rectus, deren unterer Rand bis zur Nabelhöhe reicht. Absolut schmerzlos. Inzision legt einen mit Fungusmassen gefüllten Herd frei; Auskratzung der Fungusmassen. Beim Einschneiden der Rectusscheide bemerkt man zwei schwärzliche, mit Fungusmassen infiltrierte Muskelstücke, die als tuberkulös degenerierte Partien des kleinen Obliquus und des Transversus angesprochen werden. Rippen intakt. Diagnose: Myositis tuberculosa.

Gérard: 6jähriger Knabe hat über der rechten Schamleiste einen kleinen Tumor. Vor drei Jahren rechtsseitige inguinale Adenitis, von wahrscheinlich tuberkulöser Natur, welche nach Ausschabung geheilt. — Tumor besteht seit acht Monaten, ohne irgend welche Symptome zu zeigen. Doch ist das Kind seit einiger Zeit blass, abgemagert und appetitlos. Tumor hat Mandarinengrösse; Fluktuation nicht mit Sicherheit festzustellen. Lungen o. B. Inzision: caseinhaltige Klümpchen. Mikroskopische Untersuchung: Bazillen. — Diagnose: kalter Abszess unter der Obliquus Aponeurose, dicht bei der äusseren Rectusscheide.

Hiller beobachtete bei einem 23jährigen Mädchen, dessen Mutter an Tb. gestorben war, das aber selbst stets gesund gewesen, einen eigrossen Tumor, der im rechten Rectus lag und auch teilweise die seitlich gelegenen Muskeln einnahm. Operation ergab Eiter und legte eine mit Käsemassen gefüllte Höhle frei, in deren Wand man zahlreiche Tb.-Knötchen fand. Wegen Auftreibung des Leibes und diffuser Schmerzhaftigkeit bestand Verdacht auf Peritoneal Tbc.

Barot berichtet über einen zwischen den Muskeln der vorderen und seitlichen Bauchwand gelegenen Abszess infolge Wirbelcaries. (Congestions-Abszess.)

Caro vertritt die Ansicht, dass auch chronische Obstipation zu einem Abszess in den Muskeln der Bauchwand führen kann, fussend auf einen von ihm beobachteten Fall. Er macht die Reizung, welche die mit hartem Kot gefüllten Eingeweide auf die Bauchdecken ausüben, dafür verantwortlich. In dem von

ihm angeführten Fall lag der Abszess im linken Transversus. — Inzision ergab reichliche Mengen Eiters. Die Kranke wurde geheilt entlassen. — Einer kritischen Betrachtung hält dieser Fall, wie viele andere der älteren Literatur, nicht Stand.

Auch bei dem von Murchison beschriebenen Falle war es eine „Alteration" des Darmes, die zur Bildung eines Abszesses der Bauchdecken geführt hatte. Im Anschluss an eine Enteritis war eine Hämorrhagie des Muskels entstanden, die sekundär vereiterte. Der walnussgrosse Abszess lag im rechten Rectus. — Der 37jährige Mann kam ad. exitum.

Bei den Abszessen, die in den tieferen Lagen der Bauchdecken ihren Sitz haben, kann man solche des submuskulären, des prävesicalen und des präperitonealen Raumes unterscheiden. Eine genaue Abgrenzung des submuskulären von dem prävesicalen Raume ist nach der Symphyse zu infolge der Eingangs erwähnten anatomischen Verhältnisse nicht möglich; daher findet man oft, dass Abszesse des einen Raumes in den anderen übergreifen. Da die Abszesse des prävesicalen Raumes die grössere praktische Bedeutung haben, so sollen dieselben zuerst betrachtet werden. Französischen Chirurgen danken wir die ausführlichste Mitteilung über die sich in diesem Raume bildenden Abszesse, von deren seltenem Vorkommen Pauzat sagt: „Les phlegmons prévésicaux de l' espace sous-musculaire ne sont pas bien fréquents."

Der Abszess, der in seinem Anfangsstadium hinter der Symphyse liegt, entwickelt sich nach oben hin in Form der gefüllten Harnblase. Doch ist seine Form nicht so symmetrisch, wie letztere; vielmehr besteht meistens eine grössere Ausdehnung nach einer Seite hin. Eine Verwechselung mit der gefüllten Blase wird die Kathetrisierung verhindern: handelt es sich um eine retentio urinae, so wird der Tumor mit der Entleerung des Urins verschwinden; ist der Tumor auf einen Abszess zurückzuführen, so wird seine Form durch den Urinabfluss nicht verändert werden.

Die gefüllte Blase zeichnet sich als glatter Tumor unter den Bauchdecken ab, während die Ränder des Abszesses kleine Unebenheiten zeigen.

Nach der Aetiologie unterscheidet Englisch:

1. Idiopathische, wenn sich die Entstehungsursache des Abszesses nicht nachweisen lässt. (Infektion möglich, aber noch nicht sicher nachgewiesen.)
2. Traumatische, nach Einwirkung einer äusseren Gewalt.
3. Metastatische, nach Infektionskrankheiten anderer Organe.
4. Consecutive, als Fortleitung von Erkrankungen benachbarter Organe.

Auch diese Einteilung ist heute nicht mehr aufrecht zu erhalten. Wir würden höchstens unterscheiden zwischen hämatogenen, lymphogenen und solchen Abszessen, die durch Uebergreifen infektiöser Prozesse aus der Nachbarschaft entstanden sind.

Als Beweis für die Richtigkeit unserer Annahme nur ein paar Beispiele: So führt Guyon als „idiopathischer Abszess" folgenden Fall an:

Patient leidet an nervösen und gastrischen Zufällen, verbunden mit Schmerzen im rechten Hypochondrium. Der letzte Anfall erfolgte vor vier Monaten. Mässiges Fieber; die Geschwulst zeichnet sich als rundlicher Tumor ab, in seiner Form der gefüllten Blase gleichend. Rectal deutlich palpabel. Verstopfung und Tenesmus ani besteht zwei Tage nach Konstatierung der Geschwulst. Perforation des Eiters in den Mastdarm.

Offenbar lag hier primär eine Appendiéitis oder ein ähnlicher Prozess vor, also nichts weniger als ein „idiopathisches" Leiden.

Thèse de Paris, 1878. P., der vor zwei Jahren eine Blennorrhoe gehabt hat, leidet seit einem Monat an Erbrechen, für das keine Ursache gefunden werden kann. — Geschwulst in der linken Unterbauchgegend; Heilung nach lokaler Behandlung.

Aus derselben Arbeit stammt ein Fall, der letal, infolge einer Perforation - Peritonitis, endigte. — Aetiologisch war nichts zu eruieren.

Wir finden das ja auch heute oft genug, können aber doch vielfach bei der bakteriologischen und pathologischen Untersuchung die Ursache aufklären, sei es, dass wir eine Pneumokokken-Gonokokken- oder andere primäre Affektion finden.

Krönlein: 25jähriger Mann erkrankte plötzlich, ohne vorhergegangene Ursache, unter heftigen Schmerzen im Leibe, besonders in der linken Leistengegend. Bald bildete sich eine Geschwulst in der Nabelgegend, die spontan eine grosse Menge Eiter entleerte. Es bestand ausserdem ein pleuritisches Exsudat, für das man keine Erklärung findet. Die Eiterung aus dem Nabel, aus welchem eine hahnenkammartige Granulationsgeschwulst hervorgewuchert ist, besteht fort. Infiltration der linken Bauchseite, bis zum Ligamentum pouparti. Deutliche Fluktuation. Inzision. Drainage. Entlassung mit mehreren kleinen ‚granulierenden Wunden. — Das pleuritische Eksudat ist noch nicht völlig resorbiert.

Heute ist dieses Leiden als sog. „Bauchempyen“ wohlbekannt und wird keineswegs den idiopathischen Erkrankungen zugerechnet. Wir würden heute fast stets eine hämatogene Infektion von einem eventl. unbekannten primären Krankheitsherd annehmen dürfen, wo Englisch und die ihm folgenden Autoren vom idiopathischen Abszess sprechen.

In der Gazette des hôpitaux von 1879 findet sich eine Arbeit von Guyon unter dem Titel: Des phlegmons prévésicales — In derselben unterscheidet der Verfasser drei Arten von Phlegmonen dieser Gegend: die erste führt er auf eine chronische Cystitis zurück und prägt für sie den Namen

Die anderen sind Phlegmonen, die von einer Affektion der Prostata herrühren und sich durch ihr weites Vordringen auszeichnen, wohl zu unterscheiden von der dritten Gruppe, nach Sitz und Aetiologie den Phlegmons prévésicaux, die sich ausser jedem Einfluss der Blase entwickeln und den von Englisch als idiopathisch bezeichneten entsprechen. — Von den sechs Fällen, die Guyon bespricht, endigt einer infolge Durchbruchs des Eiters in die Bauchhöhle tötlich; vier werden geheilt; von einem wird der Ausgang der Krankheit nicht angegeben. Diese Kranken sind sämtlich männlichen Geschlechtes, bei Frauen hat Guyon selbst eine derartige Affek-

tion beobachtet, „obgleich bei ihnen nichts der Bildung eines solchen Abszesses im Wege steht und sich sechs solcher Fälle bei Frauen in der Literatur finden."

Zu den prävesicalen Abszessen, welche von Englisch als traumatische bezeichnet werden, seien wieder einige Beispiele aus der Literatur angeführt.

Boyer: 26jährige Frau stürzt im zweiten Schwangerschaftsmonat aus einer Höhe von etwa 6 Fuss herab. Sechs Wochen nach dem Unfall treten lebhafte Schmerzen in der Regio hypogastrica und in der Blase auf. Es besteht Urinverhaltung. Bald bilden sich zwei Abszesse, der eine am Nabel, der andere über der Symphyse. Diese öffnen sich bald, und aus den zurückbleibenden Fisteln entleerte sich während der übrigen Schwangerschaft, auch nach 6 Wochen post partum Urin. Dann schlossen sich die Fisteln; der Urin nahm seinen Weg wieder durch die Harnröhre, und es erfolgte vollständige Heilung. Offenbar lag hier eine Blaseninfektion vor.

Hellwig: Frau erhielt vor einem Jahr von einer Kuh Stoss vor den Leib. Seit mehreren Monaten Schmerzen im Hypogastrium. Abszess in der Blasengegend. Tod einen Monat nach Auftreten der Geschwulst. Sektion: Der Abszess nimmt die vordere obere Wand der Blase ein, enthält 2 bis 3 Pfund stinkenden Eiters. Ob es sich um ein vereitertes Hämatom oder eine primäre Verletzung von Blase oder Darm gehandelt hat, ist nicht sicher zu sagen.

Gerardin berichtet von einem 28jährigen Soldaten, der einen Schuss in das Becken erhalten hatte. Die Kugel war eingeheilt. Drei Jahre später stürzte der Mann. Innerhalb der nächsten vier Jahre entwickelte sich über der Symphyse ein Tumor, der für ein Osteosarkom gehalten wurde. — Oeffnung mit Aetzpasta ergab 3 Liter Eiter. — Heilung 3 Monat post. operat.

Ueber einen analogen Fall berichtet Paul Vernueil.

Pauzat: 22jähriger Dragoner bemerkt zwei Wochen nach seinem Eintritt in das Regiment dumpfe, intermittierende Schmerzen im Unterleib, die sich beim Reiten steigern. — 7 cm über der Symphyse harter, vom Mastdarm aus zu fühlender Tumor. Nach acht Wochen Fluktuation festzustellen. In-

zision gibt schwärzlichen, blutigen Eiter. Diagnose: sekundär vereitertes Hämatom, dessen Entstehung auf das Reiten zurückgeführt wird. — Heilung, unter Zurückbleiben einer Induration.

Unter den prävesicalen Abszessen sind nach Englisch die metastatischen die seltensten.

Von den Infektionskrankheiten sollen es vor allem Typhus und Pyämie sein, die zu metastatischen Abszessen des Cavum Retzii führen. Die metastatische Form gleicht am meisten der idiopathischen. Leusser ist der Ansicht, dass bei Typhus die Gefässe hinfälliger sind und leichter zerreissen. Das entstehende Hämatom wird durch chemische Einflüsse oder Mikroorganismen zersetzt. — Dolbeau beobachtete, dass die hier liegenden Gefässe (Art. epig. sup. et infer.) besonders leicht zerreissen, was er auf den Umstand zurückführt, dass die Gefässe in dieser Gegend in lockerem Zellgewebe liegen, eine Annahme, die nicht gebilligt werden kann.

Gruber: Bei 24jährigem Mann trat in der fünften Woche des Typhus ein, der gefüllten Blase ähnelnder Tumor auf. Haut normal. Abszess perforiert in die Bauchhöhle. Exitus.

Paul: 31jähriger Mann, der an Typhus erkrankt war, klagt in der letzten Woche seiner Krankheit über Schmerzen im Hypogastrium. Man stellt einen Tumor in der Unterbauchgegend fest, der nach Konsistenz und Gestalt der gefüllten Blase gleicht. Nach Inzision viel stinkender Eiter. Heilung.

Die consecutiv auftretenden Abszesse sind auch in der älteren Literatur die am häufigsten beobachteten. Die benachbarten Organe, von denen die Affektion fortgeleitet wird, sind der Darm, die Harn- und Geschlechtsorgane, ferner die Beckenorgane und das Becken selbst.

Nach gonorrhoeischen Erkrankungen können schwere Formen solcher Abszesse sich entwickeln.

Englisch: 34jähriger Mann hatte vor drei Jahren einen langdauernden Tripper durchgemacht. Seit dieser Zeit soll der Harnstrahl dünn gewesen sein. 8 Tage vor der Aufnahme entstand ein linksseitiger Bubo. Später entwickelte sich ein prävesicaler Abszess. Auf Inzision reichliche Eiterentleerung. Heilung der Wunde. Patient mit geringer Infiltration um die Samenblase auf seinen Wunsch entlassen.

Guyon: 42jähriger Mann hatte vor einem Jahr eine Blennorhoe aquiriert. Es besteht Striktur der Harnröhre und Prostatitis. Im Harn Eiweiss. Es bildet sich eine Geschwulst in der Blasengegend, die vom Rectum aus palpabel ist; später konnte Fluktuation festgestellt werden. Sektion ergab einen Prostata-Abszess, der am Blasenhals in das Cavum Retzii durchgebrochen war und fast bis zum Nabel reichte.

Castera: Bei einem Soldaten mit Ulcus specific. und rechtsseitiger Lymphadenitis inguin. entwickelt sich unter Schmerzen im Hypogastrium ein harter, druckempfindlicher Tumor in der rechten Unterbauchgegend. Harn eitrig. Inzision legt eine mit dickem, braunen Eiter angefüllte Höhle frei, die an der Blase liegt. Heilung.

Auch nach Urogenitaltuberkulose können sich in seltenen Fällen Bauchdecken-Abszesse entwickeln:

Guyon: Bei einem an tuberkulöser Prostatitis erkrankten Mann wird ein harter Tumor in der Blasengegend festgestellt. Eiter im Harn. Spontane Oeffnung des Abszesses neben dem Nabel. Ein zweiter Abszess, der sich am Oberschenkel gebildet hatte, wurde inzidiert. Es trat bald Besserung ein.

Auch andere Ursachen kommen in Betracht:

Bouilly: 18jähriger Mann erkrankt unter Schmerzen in der Unterbauchgegend und hohem Fieber. Tod nach sechs Tagen. Die Sektion ergibt mehrere grosse Blasensteine, von denen der eine die vordere Wand der Blase durchbohrt hatte. Es finden sich zwei Abszesse, der eine in der Blase, der andere im Cavum Retzii, die durch die Perforationsöffnung mit einander in Verbindung stehen. Ausserdem bestand ein Durchbruch des Blasenabszesses in die Bauchhöhle.

Bei dem Neugeborenen, von dem Budin schreibt, hatte eine Phlebitis der Nabel-Vene die Ursache zur Abszessbildung gegeben. Sektionsbefund: Blase und übrige Bauchorgane sind gesund; in der Nabel-Vene findet sich ein eitriger Thrombus.

Bei dem Kranken von Civiale hatte sich, im Anschluss an eine Lithotripsie, eine Cystitis entwickelt. Es wurde eine Härte im Hypogastrium festgestellt. Inzision ergibt Blut und

wenig Eiter. Später entleert sich noch viel Eiter. Heilung. Wahrscheinlich lag hier eine instrumentelle Verletzung der Blasenwand vor.

Gillette: Bei 25jähriger Frau, welche zwei Jahre zuvor nach einer Geburt an Parametritis erkrankt war, bildete sich eine Geschwulst, die anfangs auf die Umgebung des Uterus beschränkt war und sich später um die Blase, bis zwei Finger unterhalb des Nabels, ausbreitete. Fluktuation war festzustellen. Inzision. Gegenöffnung im Scheidengewölbe. Drainage. Heilung.

Ein analoger Fall findet sich bei Gosselin; nur brach hier der Abszess spontan auf; Patientin konnte, bis auf eine Härte in der linken Darmbeingrube geheilt entlassen werden.

Desprès beschreibt zwei Fälle, bei denen sich in der Fossa iliaca eine abszedierende Drüsenentzündung etabliert hatte. Seine beiden Kranken, die im übrigen gesund waren, hatten kleine traumatische Ulcerationen an den unteren Extremitäten. Bei beiden Patienten, die geheilt wurden, lagen die Abszesse oberhalb des Poup.-Bandes, um von da in die tieferen Schichten des Zellgewebes einzudringen.

Jules Parat rechnet den von ihm beobachteten Fall in diese Gruppe: Bei der 31jährigen Frau, die den Eindruck einer Phtisikerin im letzten Stadium machte, wenngleich nichts für Tuberkulose sprechendes festgestellt werden konnte, hatte sich, im Anschluss an eine Cystitis und Vaginitis ein Abszess gebildet. Dieser nahm die hintere Oberfläche der Blase ein, wie die Sektion ergab, und enthielt grauen, foetiden Eiter. Desgleichen war das peritoneale Bindegewebe von Eiter durchtränkt, ebenso die innere Partie des einen Rectus in einer Ausdehnung von etwa 3 cm.

Bei der Behandlung der Abszesse der vorderen Rectusscheide ist schon erwähnt worden, dass Abszesse die unterhalb der letzten Inscriptio tendinea liegen, leicht das in dieser Gegend locker gebaute Gewebe der Linea alba durchbrechen, sich auch auf der anderen Seite lokalisieren und so in symmetrischer Form erscheinen.

Bei den Abszessen des submuskulären Raumes scheint diese symmetrische Form häufiger anzutreffen zu sein,

als bei denen der vorderen Rectusscheide. Die Ursachen für diese Symmetrie sollen später erörtert werden.

Hinsichtlich der Aetiologie lassen sich zwei Gruppen unterscheiden.

Die Abszesse der einen Gruppe sind als hämatogene anzusprechen, da man für ihre Entstehung eine hämatogene Infektion annehmen muss, die von einem primären unbekannten Krankheitsherd herzuleiten ist. — Bei den Abszessen der zweiten Gruppe sind es vor allen Affektionen der Recti, die zur Abszessbildung in der hinteren Rectusscheide führen. Und hier sind es vor allem wieder die in der Rekonvaleszenz des Typhus auftretenden Rupturen der Recti, die zur sekundären Vereiterung der entstandenen Hämatome führen. Oft genügt schon ein schnelles Aufrichten des Patienten, um den Rectus zu rupturieren Auch können sich Hämatome im Verlauf des Typhus ohne deutliche Ruptur des Muskels bilden. Dass auch ein den Rectus treffendes Trauma (Stoss, Schlag, Heben schwerer Lasten) zur Ruptur, resp. Hämatombildung führen kann, ist selbstverständlich. Doch ist hier, wie bereits erwähnt, die Tendenz zur sekundären Eiterung viel geringer.

Zur Gruppe der fortgeleiteten Abszesse gehören Eiterungen der letzten drei wahren Rippen, die zur Abszessbildung im submuskulären Raum führen können, wie der Fall von Albert illustriert. Die so entstandenen Abszesse würden also den bei den prävesicalen als consecutiv bezeichneten entsprechen.

Adams erwähnt einen Fall, bei dem der Abszess auf eine oberflächliche Caries des Schambeins zurückzuführen ist.

Nach dem Verlauf der Entwicklung sind auch hier die akuten von den chronischen Abszessen zu unterscheiden. Akute Formen zeichnen sich durch Intensität der Erscheinungen, allgemeines Krankheitsgefühl, starke Schmerzen, Fieber, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Obstipation aus. Andererseits handelt es sich um kalte und heisse Abszesse, von denen die ersteren der chronischen, die letzteren der akuten Form zuzurechnen sind.

Charakteristisch für die Abszesse in diesen Lagen der Bauchdecken sind: der innige Zusammenhang des Abszesses mit den Bauchdecken, vor allem aber die seitliche Verschiebbar-

keit des Abszesses bei schlaffen Bauchdecken, während er bei Kontraktion der Recti fixiert ist und härter erscheint, und man palpatorisch festzustellen vermag, dass die Recti vor dem Tumor verlaufen. — Nach Pinner soll zwischen der Geschwulst und der Symphyse ein schmaler Raum freibleiben, was jedoch bei Zunahme der Geschwulst schwierig, oft sogar überhaupt nicht festzustellen ist, zumal der Ausbreitung des submuskulären Abszesses, im Gegensatz zu der des prämuskulären, keine scharfe Grenze durch Inscriptiones tendin. gesetzt ist, die meistens nicht bis an die Hinterfläche der Recti reichen. Ferner sollen die submuskulären Abszesse stets zwischen Nabel und Symphyse liegen, eine Behauptung, die auf Grund des in der Göttinger Klinik beobachteten Falles als nicht zutreffend bezeichnet werden kann.

Die Erklärungen für das symmetrische Auftreten der submuskulären Abszesse sind verschieden. Pauzat vertritt die Ansicht, dass von den Douglas'schen Linien abwärts gerechnet die hintere Scheide der Recti garnicht an der Linea alba inseriert, somit die Muskeln in ihrem unteren Teile hinten in einer gemeinsamen Scheide ruhen. Damit wäre die Symmetrie der Abszesse, soweit sie unterhalb der Douglas'schen Linien liegen, erklärt. Doch ist Charpy auf Grund experimenteller Versuche zu der Ueberzeugung von der Unrichtigkeit der Pauzat'schen Ansicht gekommen. Charpy fand, dass einseitig injizierte Gelatine nie die Mittellinie überschritt, da die Insertion der Fascia transversa an der Linea alba eine Scheidewand zwischen beiden Rectusscheiden bildet. Er erklärt die Symmetrie in der Weise, dass sich entweder in jeder Scheide ein isolierter Abszess bilde, oder dass ein einseitiger Abszess die Linea alba bei Seite dränge oder perforiere und nun in symmetrischer Form erscheine. — Aehnlich äussert sich auch Pinner. Er sagt: entweder erkranken beide hinteren Rectusscheiden von vorn herein, oder die einseitige Affektion geht erst später auch auf die andere Scheide über. Dies geschieht um so leichter, als „beide submuskulären Räume, da der die Linea alba darstellende Bindegewebsstreifen die mm. recti nur unvollkommen von einander trennt, auch nur unvollständig von einander geschieden sind." —

Schliesslich kann der Abszess in das Cavum prävesicale durchbrechen, sich hier nach beiden Seiten ausbreiten, und auf diese Weise in symmetrischer Gestalt erscheinen (Charpy). Letztere Erklärung dürfte wohl ausscheiden; denn dann erscheint nicht der primäre, sondern der sekundäre Abszess in symmetrischer Form. Dieser ist jedoch dann wegen seiner Lage im Cavum prävesicale als prävesicaler Abszess anzusprechen, und bei diesem ist die symmetrische Form nichts aussgewöhnliches. Ausserdem würde in praxi eine vectale, resp. vaginale Untersuchung den Irrtum bald aufklären; denn während die prävesicalen Abszesse leicht und deutlich palpabel sind, so sind die submuskulären Abszesse der rectalen und vaginalen Untersuchung nur schwer und undeutlich, meist überhaupt nicht zugänglich.

Diese Erklärungen für die Symmetrie der Abszesse sind noch nicht erschöpfend; sie beruhen mehr oder weniger auf Hypothesen. Es bedarf noch exakter Autopsien, ehe das letzte Wort in dieser Frage gesprochen werden darf.

Es sollen nun einige Beispiele einseitiger submuskulärer Abszesse angeführt werden; die symmetrischen sollen am Schluss der Arbeit folgen.

Aus dem Jahre 1697 berichtet Manquest de la Motte von einem Soldaten, der an so starken Schmerzen im Leibe erkrankte, dass er „kaum sein Hemd darüber leiden konnte.“ Nach zehn Tagen entwickelte sich in der rechten Unterbauchgegend ein kleiner Tumor. Die Inzision drang bis zu der gemeinsamen Scheide der Recti vor. Die Scheide wurde auch inzidiert, und es entleerte sich reichlich Eiter. — Heilung.

Bourienne behandelte einen jungen Mann an einem Abszess in der rechten Unterbauchgegend. Derselbe lag, wie die Inzision ergab, unter dem Transversus. Der Kranke wurde geheilt.

Eine 45jährige Frau, die von Wedrychowski beobachtet wurde, fühlte 5 Monate nach dem Verschwinden der Menstruation starke Schmerzen im rechten Hypochondrium. Nach 6—8 Monaten hat sich hier ein auf Druck schmerzender Tumor von der Grösse eines Fötuskopfes gebildet. Diagnose: sub-

muskulärer Abszess. Punktion und Inzision bestätigen diese Diagnose.

Ein robuster Arbeiter (Fall Hanuschke) erkrankt unter schmerzhaften Empfindungen in der Regio supra-iliaca und Schüttelfrost. Später bildete sich eine Geschwulst heraus, die mehr Aehnlichkeit mit einem Bauchbruch, als mit einem Abszess hatte. Doch ergab die Inzision einen unter dem Muskel gelegenen Abszess. Heilung.

Auch ein von Hildan beschriebener Fall gehört hierher: Bei einem 40jährigen gesunden Mann, der unter Schmerzen im Bauche erkrankte, findet man Verhärtung in der Tiefe. Inzision ergibt reichlich Eiter. Heilung.

Bei dem Freund'schen Fall, ein robustes Dienstmädchen betreffend, war der Abszess auf einen Stoss der Drehrolle zurückzuführen. Der Abszess lag, wie die Inzision nach Entleerung von grünlichem, käseartigem Eiter ergab, zwischen Musc. obliqu. int. und transvers.

Hildan führt einen Fall aus dem Jahre 1588 an: bei einer Frau erschien ein Abszess in der hinteren Rectusscheide. Inzision wurde verweigert. Exitus.

Aus dem Schönlein'schen Vorträgen der folgende Fall: Junger robuster Mann erkrankt nach Erkältung unter Schmerzen in der Magengegend, die sich später in der Schambeinfuge fixieren. Später tritt eine Anschwellung in der Schambeingegend auf. Nachdem einige Tage kein Stuhl erfolgt war, entleert sich beim Stuhlgang reichlich Eiter. Hiernach Nachlassen der Schmerzen. Die Geschwulst verschwindet.

Bei einem von Bourienne angeführten Fall lag der Abszess unter dem Transversus. Die Anamnese ergab keine Anhaltspunkte. — Inzision. — Heilung. —

Auch das Trauma spielt in der Genese untermuskulärer Abszesse eine Rolle. Beweis hierfür ist eine Beobachtung von Tillaux: Die in Frage kommende 28jährige Frau war ein Jahr zuvor von einer Leiter gestürzt; die Leiter war auf die Patientin gefallen und hatte eine Kontusion der Bauchdecken verursacht. Seit dieser Zeit klagte Patientin über Schmerzen in der betroffenen Gegend. Es hatte sich ein Tumor gebildet,

der bei Kontraktion der Recti verschwand und Fluktuation zeigte. — Ausgang und Therapie sind in der angezogenen Arbeit nicht erwähnt.

Der präperitoneale Raum, mit dessen Abszessen wir uns jetzt beschäftigen wollen, lässt sich anatomisch von dem prävesicalen sehr wohl abtrennen; doch ist dies schwieriger im klinischen Sinn: denn man hat gefunden, dass eine Abgrenzung nur in dem frühesten Stadium der Abszessbildung durchzuführen ist. Da die Fascienwand, welche beide Räume trennt, mit von Fett ausgefüllten Lücken durchsetzt ist, wird es dem Eiter leicht, von einem Raum in den anderen zu gelangen. Rein klinisch deuten auf diesen Umstand schon die Erscheinungen von peritonealer Reizung, die häufig bei den prävesicalen und präperitonealen Abszessen aufzutreten pflegen.

Charpy führt als differentialdiagnostisch zu verwertendes Moment an, dass während der prävesicale Abszess in seiner Gestalt mehr der ausgedehnten Blase gliche, der präperitoneale Abszess noch einen Fortsatz nach oben habe, dem Lauf des Urachus entsprechend. An der Insertionsstelle des letzteren soll der Eiter auch meistens zum Durchbruch kommen.

Erkrankungen der Harn- und Beckenorgane bilden eine der häufigsten Ursachen zur Abszessbildung im präperitonealen Raum. Besteht eine Kommunikation des Darmes mit dem Abszess, oder hat eine solche bestanden, so wird man den Eiter mit Gas, auch Fäces, vermischt finden; dies werden Perkussion und Palpation schon vor der Oeffnung des Abszesses feststellen. Die Perkussion wird Tympanie ergeben, und palpatorisch wird man, neben der Fluktuation, gurrende und plätschernde Geräusche feststellen können. Ferner können auch Affektionen des Brustkorbes und der Brusthöhle zur Abszedierung im präperitonealen Raum führen. Man hat beobachtet, dass eitrig pleuritische Exsudate durch die vorderen Ursprungszacken des Zwerchfelles durchtraten und sich als Abszess im präperitonealen Gewebe etablierten.

Deutlich ausgeprägt waren die Erscheinungen, welche für eine Verbindung des Abszesses mit dem Darme sprachen bei einer Patientin von Murray. Die 65 jährige Frau hatte vor 14 Tagen unter Schmerzen die letzte Stuhlentleerung gehabt.

Die in der Nabelgegend liegende kleine Anschwellung zeigte bei leichter Perkussion tympanitischen Schall. Bei Druck entstand ein gurrendes Geräusch, wie beim Druck auf eine Darmschlinge. Spontane Oeffnung des Abszesses. Dünner, bräunlicher, stark fäkulent riechender Eiter. Heilung.

Auch das Trauma hat ätiologische Bedeutung für die Entstehung des präperitonealen Abszesses. Robiczek sah einen Soldaten, der sich den Unterleib mit einem Riemen gewalsam umschnürt hatte. Es hatte sich hierdurch ein Abszess gebildet; derselbe wurde inzidiert. Heilung.

In seiner Arbeit über isolierte Tuberkulose der Bauchdecken bringt Melchior einen Fall eines Abszesses des präperitonealen Raumes, dem Fälle anderer Autoren anzureihen sind, aus denen erhellt, dass auch die Tuberkulose für die Aetiologie dieser Abszesse heranzuziehen ist. In der Küttnerschen Klinik in Breslau fand Melchior bei einem 13jährigen schwächlichen Mädchen, das unter Schmerzen in der rechten Oberbauchgegend erkrankt war — später hatte sich ein Tumor oberhalb des Nabels gebildet — bei der Operation auf dem Mesenterium und parietalen Peritoneum, ebenso auf der Leber Tuberkulose-Knötchen. Der auf dem Peritoneum liegende Abszess enthielt dünnflüssigen Eiter. Heilung. — Spätere Untersuchung ergibt Affektion der linken Lungenspitze.

In dem „Journal für Kinderheilkunde" berichtet Heinrich über einen 6 Jährigen, der in stark collabiertem Zustand zur Aufnahme kommt. Auskultation und Perkussion ergeben keinen pathologischen Befund. Abdomen aufgetrieben. Rechts unterhalb des Nabels handtellergrosse, offene eiternde Stellen von üblem Geruch. Auf dem Grunde verjauchtes Zellgewebe. Eiterige Entleerung. Nach einigen Tagen Exitus. — Sektion: weitverbreitete Entzündung und Verjauchung des sub- und intermuskulären Zellgewebes. Eiter zwischen den Muskeln; Lungen, besonders rechts oben, voller Tuberkeln. — Magen o. B. — Bauchfell auch an seiner inneren Seite, besonders an der kranken Stelle, gerötet.

Zu diesen fünf Räumen, in denen sich ein Abszess entwickeln kann nimmt Heurtaux noch einen sechsten an. Die in diesem Raum auftretenden Abszesse nennt er subombili-

cale Phlegmone. Die Abszesse liegen, wie es der Name sagt, unterhalb des Nabels und zwar in den tieferen Bauchdecken, in einem Raum, der, wie Joüon auf Grund seiner anatomischen Untersuchungen sagt, nicht als eigentliche Höhle existiert. Doch findet man, fährt er fort, bei einzelnen Individuen eine Disposition der aponeurotischen Blätter, welche sehr wohl die Form und die Dimensionen der Höhle hergeben können. Es handelt sich dann um einen Fascienraum, der unter der Muskelschicht vor der auch als Fascia sub- und infraumbilicalis bezeichneten Fascia transversalis liegt, und nach beiden Seiten von der Anheftungslinie der letzteren an die Ränder der Rectusscheide begrenzt und mit Fett angefüllt ist. — Diesen von Joüon beschriebenen Raum hat Charpy mit Gelatine ausgefüllt und so experimentell die typische Form der von Heurtaux beschriebenen Phlegmon sousombilical dargestellt. Er ist der Ansicht, dass dieser Raum teils präperitoneal, teils präfascial gélegen sei.

Die Existenz der Heurtaux'schen Phlegmone als selbstständiges Krankheitsbild hat nicht allgemeine Anerkennung gefunden. Schon in der Diskussion, die sich an den Vortrag Heurtaux's über seine Phlegmone anschloss, standen Desprès und Vernueil seinen Ausführungen zweifelnd gegenüber. — Auch Ledderhose verhält sich ablehnend gegen die Annahme Heurtaux's, dass es sich bei seinen Phlegmonen um ein besonderes Krankheitsbild handele. Er meint, „ dass diese Phlegmone den submuskulären und prävesicalen Abszessen mindestens sehr nahe stehen." —

Richelot beschreibt einen Fall und berichtet über einen solchen von Vernueil, die beide ihrer Lage nach mit den H.'schen übereinstimmen, und kommt zu dem Schluss, dass die subumbilicalen Phlegmone eine Varietät der subperitonealen Abszesse darstellen.

Aus allem erhellt, wie weit die Meinungen über die H.'schen Phlegmone als selbständige Erkrankung auseinander gehen. Und mit Recht sagt Ledderhose: „Es müssen erst weitere genauere Beobachtungen abgewartet werden, ehe es möglich sein wird, über Natur und Bedeutung der von Heur-

t a u x beschriebenen subumbilicalen Phlegmone ein einigermassen sicheres Urteil zu gewinnen."

H e u r t a u x hat, wie er selbst sagt, keine Autopsie zur Verfügung, durch welche er die Hypothese, welche er über den anatomischen Sitz seiner Phlegmone aufstellt, zu stützen vermöchte.

Er beschreibt diese Phlegmone als entzündeten, gut umschriebenen Tumor, medial und symmetrisch, von ovaler oder vielmehr halbeliptischer Form. Die Basis nimmt das Niveau des Nabels ein, während die Spitze, unten liegend, sich mehr oder weniger dem Hypogastrium nähert, ohne bis zur Pubis zu reichen. In allen beobachteten Fällen war der Tumor tief in den Bauchdecken gelegen und von einerlei Gestalt. Er unterscheidet ätiologisch diejenigen, die im Verlauf oder infolge anderer Krankheiten entstehen, von den idiopathischen, — dem Auftreten nach akute und subakute, die ersteren mit starken Schmerzen verbunden. — Als Hauptcharakteristika nennt er die symmetrische Form des Tumors, — seine Lage zur Medianlinie, und seine sich ungefähr gleich bleibenden Dimensionen, welche der Grösse und Körperentwicklung des Kranken proportional sind. H e u r t a u x geht auf eine Differentialdiagnose zwischen seinen und den Phlegmonen des Cavum Retzii ein. Er sagt. „Meine sehr gründlichen Nachforschungen haben mich keine den meinen ähnliche Fälle entdecken lassen. Wenn auch diese Tumoren, infolge ihrer vollkommenen Symmetrie und des Sitzes, welchen sie einnehmen, vorübergehend als die ausgedehnte Blase oder der erweiterte Uterus angesehen werden können, so ist doch der Charakter der subumbilicalen Phlegmone so ausgesprochen, dass eine Verwechselung mit anderen ausgeschlossen ist." — Die subumbilicale Phlegmone ist höher gelegen und ihre untere Grenze schneidet oberhalb der Symphyse ab, während bei den Abszessen des Cavum Retzii der Abszess von unten, hinter der Symphyse her, nach oben steigt. Die Eitermenge der subumbilicalen Abszesse ist eine geringere, und schliesslich sei ihre Prognose quo ad. vitam im Vergleich zu den Abszessen im Cavum Retzii eine ungleich günstigere.

Die von H e u r t a u x beobachteten sechs Fälle seiner Phlegmons sous-ombilicales seien hier übergangen.

Das s y m m e t r i s c h e A u f t r e t e n der Abszesse in den tieferen Regionen der vorderen Bauchwand, d. h. da, wo das trennende Septum der Linea alba fehlt, bietet nichts besonderes. Vielmehr ist hier, wie z. B. bei den prävesicalen Abszessen die symmetrische Form charakteristisch; denn da die Scheidewand fehlt, liegt für die Abszesse kein Hindernis vor, sich in dem Raum, der in der Mediane liegt, zu beiden Seiten derselben, d. h. symmetrisch, auszubreiten. Es handelt sich hier also nicht um symmetrische Abszesse, sondern um e i n e n Abszess, der symmetrische Form angenommen hat.

Anders liegen die Verhältnisse in den Teilen der Bauchdecken, in denen die Linea alba eine Trennung zwischen rechter und linker Bauchseite schafft. Wie oben bereits gesagt, können in dieser Lagen entweder, von einander unabhängig, gleichzeitig zwei Abszesse auftreten, — oder ein Abszess der einen Seite drängt infolge seines Wachsens die Linea alba bei Seite, sodass klinisch das Bild zweier — symmetrischer — Abszesse entsteht, rein anatomisch aufgefasst aber nur e i n Abszess vorliegt. — Schliesslich kann der Eiter des Abszesses die Linea alba perforieren und sekundär auf der anderen Seite ein zweiter Abszess entstehen.

Das Auftreten von primär symmetrischen Abszessen, d. h. also von solchen, die sich gleichzeitig, von einander unabhängig, in jeder Bauchseite bilden, scheint selten zu sein. In den meisten Fällen ist aus der Krankengeschichte nicht ersichtlich, ob die Linea alba perforiert, oder ob sie zur Seite geschoben ist. Perforation derselben hat bei Fall 6 der später angeführten Krankengeschichten stattgefunden, und die Symmetrie ist hierdurch erklärt. — Bei Fall 8 ist die Linea alba in so grosser Ausdehnung zerstört, dass der Abszess in einer grossen Höhle liegt, welche quer durch das Abdomen zieht, sich jederseits ca. 4 Zoll von der Mittellinie aus erstreckend. — Bei Fall 1 hat eine vertikale Linie, die mit der Linea alba zu korrespondieren scheint, den Abszess in zwei Teile geteilt, sodass derselbe in Form zweier Abszesse symmetrisch zu Tage tritt.

In unserem Göttinger Fall handelt es sich um primäre symmetrische Abszesse, die sich anscheinend gleichzeitig und von einander unabhängig in den hinteren Rectusscheiden ent-

wickelt haben. Ein solcher Fall ist äusserst selten; jedenfalls habe ich die Literatur vergebens nach einem ähnlichen so ausgesprochenen Beispiel durchsucht. — Beide Abszesse lagen als kugelige Vorwölbungen, deutlich von einander getrennt, zwischen Nabel und processus ensiform. Konnte auch durch eine Operation der Beweis nicht erbracht werden, dass es sich um zwei von einander unabhängige Abszesse handele, so ist ein solcher Schluss doch berechtigt; denn die Punktion des einen Abszesses liess den anderen nicht verschwinden, wie dies der Fall gewesen sein würde, wenn ein Abszess vorläge, der die Linea alba perforiert, resp. zur Seite gedrängt hätte, es müsste denn sein, dass die kommunizierende Oeffnung sehr eng gewesen sei.

Ich lasse sämtliche Krankengeschichten von symmetrischen Abszessen, die ich in der Literatur gefunden habe, nach ihren anatomischen Lagen geordnet, folgen.

1. Lejars:

22jähriger Kellner. Eltern gesund. Patient hat mit 12 Jahren Typhus gehabt, mit 21 Jahren Blennorhoe, die völlig geheilt ist.

Vor zwei Monaten bemerkt Patient, ohne vorhergehende Schmerzen, oberhalb der Symphyse langsam wachsenden Tumor. Kein Schmerz, nur ein Gefühl des Unbehagens beim Heben von Lasten.

Befund: Ein die drei inneren Viertel des Hypogastriums einnehmenden Tumor, der bis in das kleine Becken zu reichen scheint. Derselbe ist durch eine mit der Linea alba korrespondierende vertikale Linie in zwei Teile geteilt, jeder von der Grösse eines Hühnereis. Die normalen Bauchdecken lassen sich gut über den Tumor bewegen, dessen Gestalt durch Kontraktion der Recti nicht verändert wird. Palpation schmerzhaft. Deutliche Fluktuation. Rectal nihil. — Verdauung und Urinentleerung nicht gestört.

Operation: Bauchschnitt auf der Linea alba. Nach Durchtrennung der oberflächlichen Bauchdecken kommt man auf den vor der Rectusscheide liegenden Abszess. — Ausschabung. — Drainage. — Wunde vernarbt gut.

Diagnose: subcutaner kalter Abszess der Bauchdecken.

2. Clado:

16 jähriger Mann erkrankt unter Unbehagen in der Unterbauchgegend, ohne ersichtlichen Grund. Doch ist er hierdurch nicht gehindert, seiner Beschäftigung nachzugehen. 4 Tage später ausgesprochene Schmerzen und geringe Schwellung im Unterleib. Temperatur-Steigerung. Verstopfung und Appetitlosigkeit. Patient bettlägerig. — Befund: Oberhalb der Symphyse, zwei Querfinger breit vom Nabel, ovale Geschwulst, deren vertikale Achse in der Mittellinie liegt. Haut über der Geschwulst glänzend, heiss, gerötet. — Tumor erstreckt sich nach jeder Seite von der Linea alba, genau den Rectusscheiden entsprechend, 8—10 cm aus. Der nur seitlich, nicht vertikal verschiebbare Tumor tritt bei Kontraktion der Recti deutlich hervor und wird unbeweglich. Fluktuation nicht festzustellen. Palpation schmerzhaft; bei Kontraktion der Recti Steigerung der Schmerzen. — Bauch- und Brustorgane sonst o. B. Urin frei. Unter Bettruhe Zurückgehen der lokalen und allgemeinen Symptome nach wenigen Tagen. Patient auf dem Wege der Heilung.

3. Jander:

58 jähriger Patient hatte vor drei Jahren Stoss vor die Brust mit der Wagendeichsel erhalten. Anfangs Atembeschwerden, Ohnmachtsanwandlungen. Ein Jahr völligen Wohlbefindens; dann unter Abmagerung und Fiebererscheinung bildet sich eine Geschwulst in der Magengrube.

Befund: Kreisförmige, bis an das Brustbein heraufreichende, sehr schmerzhafte Anschwellung. Haut livide und prall. In der Mitte nekrotische Fetzen enthaltende Fistelöffnung. Inzision: faustgrosse Höhle zwischen Haut und m. m. recti, welche fötiden, mit abgestorbenen Fetzen vermischten Eiter enthält. Unterhalb des Schwertfortsatzes fand sich, am Grunde desselben, eine fingerbreite, in den retro-sternal gelegenen Hohlraum führende Fistel. Tamponade, rasche Heilung. Diagnose: Senkungsabszess, der seinen Weg durch die vorderen Zwerchfellücken genommen hatte.

4. Broca:

35 jähriger Mann hatte vor 14 Jahren, während seines dreijährigen Aufenthaltes in den Antillen, an intermittierenden

Fieberanfällen gelitten. Nach seiner Rückkehr erkrankte er an Dysenterie, die er aus dem heissen Klima mitgebracht hatte. In den folgenden Jahren erneuerte Anfälle von intermittierendem Fieber. Schmerz in der Lebergegend. Ikterus soll nicht bestanden haben; auch ist damals kein Tumor in der Lebergegend festgestellt. — Ein Jahr vor der Aufnahme in das Hospital wurde Patient von einem Pferde an die Mauer gedrückt. Kontusion der rechten Bauchgegend.

Befund: Mässiges Fieber; schmerzhafte Geschwulst in der Lebergegend. Nach einem Monat hatte sich der Tumor vergrössert. Derselbe, in der Nabelgegend liegend, erstreckt sich vom rechten Rippenrande bis $1\frac{1}{2}$ cm über die Mittellinie nach links, nach oben bis $2\frac{1}{2}$ cm über den Nabel. Palpation schmerzhaft. Fluktuation in der Tiefe. Haut über dem Tumor normal.

Operation: 8 cm langer Schnitt in der Mittellinie, der die Haut und das subcutane Gewebe durchtrennt, Einführen der Hohlsonde in die Scheide des Rectus. — Entleerung von einem Weinglase phlegmonösen Eiters. — Diagnose: Abszess der Rectusscheide. Heilung nach 14 Tagen.

5. Labuze:

25 jährige Frau hatte vor drei Wochen ein typhoides Fieber mit günstigem Verlauf überstanden. Am dritten Tage ihrer Rekonvaleszenz bemerkte sie unter Leibschmerzen, die aus der Tiefe zu kommen schienen, einen Tumor in der Reg. hypogastrica. Bei ihrem Eintritt in das Spital war Patientin sehr schwach, hatte aber weder Fieber, noch Beschwerden beim Urinieren. Der Tumor reichte vom Nabel bis einige Zentimeter über das Schambein, war halbkugelig, hervorspringend, hart, schmerzhaft auf Druck. Er lag symmetrisch zu beiden Seiten der Linea alba. Man konstatierte Fluktuation. Nach Inzision bedeutende Menge Eiter. — Heilung scheint nahe bevor zu stehen.

6. Pinner:

45 jähriger, sonst gesunder Mann, war 6 Wochen vor seiner Erkrankung wegen Muskelrheumatismus in ärztlicher Behandlung gewesen. — Er erkrankt jetzt unter ziemlich heftigen Schmerzen in der Unterbauchgegend, die ihn nötigten, mit nach

vorn geneigtem Oberkörper zu gehen. Steigerung der Schmerzen von Tag zu Tage. Patient seit vier Tagen bettlägerig und schlaflos.

Befund: Unterbauchgegend weder nach Form, noch Aussehen verändert. Geringste Berührung der Regio hypogastrica löst heftigste Schmerzen aus. Im übrigen Teil war der Unterleib weich und leicht einzudrücken. — Kein Fieber. Urin frei; Entleerung desselben, wie die übrigen Funktionen, normal. — Sechs Tage später Auftreibung und Verdickung der oberhalb der Symphyse gelegenen Region. Ausbreitung der Infiltration seitlich und nach oben. — Zwei Tage später Temperatur bis 38,6°. Rectal nihil. Am nächsten Tage links von der Mittellinie tiefe Fluktuation. Probe-Punktion ergibt Eiter. Die Regio hypogastrica median. erhob sich in etwas gewölbter Form, reichte von der Symphyse bis einige Zentimeter unterhalb des Nabels, seitlich von beiden Seiten fast gleichmässig (l. 14 cm., r. 13 cm.) — Inzision: in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse; auf der linken Seite etwas über handbreit von der Linea alba war die Haut gerötet. Bei der Palpation unter ihr deutlich Fluktuation. Der Schnitt wurde etwas schräg angelegt. Nach Durchtrennung der Haut entleerte sich eine bedeutende Menge eines etwas fötid riechenden Eiters. Beim Auseinanderhalten der Wunde sah man den Rand des Muskels Rectus und die hintere Fläche desselben. — Verfolgte man mit dem eingeführten Finger die Abszesshöhle, so führte diese einmal unter dem Rectus entlang bis gegen die Symphyse, dann durch ein mässig weites Loch nach rechts hinüber unter den anderen m. rectus in eine kleinere Abszesshöhle. An der Aussenseite des Rectus hatte sich, unter der Haut, im subcutanen Fettgewebe eine Senkung gebildet, die über das os pubis hinweg ging und eine Gegenöffnung neben dem Scrotum erforderte. — Ausspülung, Drainage der Abszesshöhle. Heilungsverlauf war langsam und durch zwei später auftretende Abszesse, von denen der eine im rechten m. deltoideus, der andere in der Tiefe des rechten Unterschenkels, zwischen Tibia und Fibula sass, unterbrochen.

Die Eiterung aus den beiden submuskulären Abszessen der Recti liess allmählich nach. Die Drainageöffnungen schlossen

sich. Die Verwölbung der Regio hypogastrica verschwand bedeutend, sodass die zwischen Symphyse und Nabel gelegene Narbe soweit herabrückte, dass sie einige Zentimeter oberhalb der Symphyse, neben den äusseren Rand des m. rectus zu liegen kam. Eine Verdickung am unteren Teil dieses Muskels war noch nach völliger Genesung zu konstatieren.

7. Descroizilles:

Bei einem 6jährigen Mädchen haben sich nach einer Uebermüdung abdominale Schmerzen eingestellt, die etwa zwei Tage andauerten, dann verschwanden, um sich nach 6—8 Wochen wieder zu zeigen, von Nasenbluten begleitet.

Befund: Guter Allgemeinzustand. Keine Abmagerung, kein Husten. Lebhafte, stechende Schmerzen. Temperatur: 39°. In der vorderen Bauchwand wird ein Tumor festgestellt, der sich vom Nabel aus, den er oben und links etwas überschreitet, bis in den mittleren Teil der rechten Seite ausbreitet. Der Tumor ist hart; fluktuiert nicht. Haut normal. Bei Untersuchung in tiefer Narkose findet man in der Mitte der rechten Bauchseite eine Verwölbung. — Punktion, dann Inzision ergibt 300 g übelriechenden Eiter. — Kind nach einem Monat geheilt entlassen.

8. Medical News. 1891.

16jähriges farbiges Mädchen, aus tuberkulöser Familie stammend, das selbst immer gesund gewesen sein will. — Etwa 8 Monate vor ihrem Eintritt in das Hospital hatte sie eine bei Druck empfindliche Stelle am Leibe entdeckt, die schmerzte, „sobald sie sich über das Waschfass beugte.“ Seit dieser Zeit zunehmende Schwellung des Unterleibes und von Zeit zu Zeit lancinierende Schmerzen.

Befund: anämisches, für sein Alter wenig entwickeltes Mädchen, das noch nicht menstruiert hatte. Herz o. B. — Rechte Lunge Tuberkulöse-Infiltration. — Urin frei. Fieber. Empfindliche Stelle rund um den Nabel, die sich nach beiden Seiten beträchtlich ausbreitet. Inzision: oberhalb des Nabels beginnend, denselben umkreisend, und noch ein Stück unter demselben weitergeführt. Nach Durchtrennung des Rectus findet man eine grosse Höhle, die sich quer durch das Abdomen zieht, etwa 4 Zoll von der Mittellinie nach jeder Seite hin ent-

fernt. Dieselbe enthält käsigen, tuberkulösen Eiter. Patientin konnte geheilt entlassen werden.

9. Bulletins et mémoir de la société. medical. des hôpitaux de Paris. 1877.

27 jähriger Mann trat am 2. September wegen Schmerzen im Unterleibe mit Verstopfung in das Krankenhaus ein. Die Extremitäten des Kranken waren kalt. Puls klein und frequent. Druck auf die Regio hypogastrica, besonders rechts, schmerzhaft. Erkrankung der Blase, Urethra und der Hoden war nicht vorausgegangen. Ein Trauma hatte nicht stattgefunden; auch war keine Hermie vorhanden. — Am 4. September erbrach Patient Würmer; ebenso gingen am 9. September Würmer ab. — Am 12. September konstatierte man einen Tumor zu beiden Seiten der Linea alba, über der Symphyse, etwas mehr nach links als nach rechts ausgebreitet. Eine Prostatahypertrophie war nicht wahrzunehmen. Man applizierte Cataplasmen. Von Seiten der Blase waren keine Störungen vorhanden. Neben der Blase fühlte man eine teigartige Geschwulst.

15. September: Temperatur sank. Es trat rasche Besserung ein. Langsam wurde der Tumor resorbiert. 12. Oktober mit tiefer Induration im Hypogastrium entlassen.

10. Maas:

50 jähriger Mann, aus gesunder Familie stammend, der selbst stets gesund gewesen sein will, bemerkte einen walnussgrossen Tumor von harter Konsistenz über der Symphyse, genau in der Mittellinie, der sich langsam und ganz schmerzlos vergrösserte. Beschwerden des Stuhles und des Harnlassens fehlten.

Befund: ziemlich magerer, sonst gesund aussehender Mann mit gesunden Lungen und Herz. In der Gegend der Symphyse wölbt sich beim Stehen, Sitzen und Liegen des Patienten ein Tumor von etwa $\frac{1}{2}$ cm Erhebung über dem Niveau der Bauchhaut vor. Derselbe war nicht allerwärts gleichmässig, sondern am linken Rande des Tumors waren 2 stärkere Hervorwölbungen, welche sich durch geringere Resistenz von dem übrigen Tumor unterschieden. Haut über dem Tumor normal und verschieblich. — Der Tumor war im Stehen härter, als im Liegen, von derber Konsistenz, ohne Fluktuation; im Liegen

Pseudofluktuation darbietend. — Der nur mit den Bauchdecken verschiebbare Tumor war 14 cm hoch, 11 cm breit und von ovaler Gestalt. An dem linken Rande desselben waren zwei, zweimarkstückgrosse prominierende Stellen, wölbten sich beim Husten des Patienten vor. Der Druck auf den linken Rand des Tumors, besonders auf die beiden prominierenden Stellen, war schmerzhaft. Die Perkussion in der Umgebung des Tumors ergab gedämpft tympanitischen Schall. Rectal. nihil. Keine Störung von Seiten des Mastdarms. Urin normal, kann spontan gelassen werden. Leistendrüsen frei. Leber auf Druck unempfindlich. Tumor bei Erschlaffung der Bauchdecken in seinem oberen Teil mit diesen etwas verschieblich; im unteren Teil mit der Symphyse zusammenhängend. —

Bauchdecken oberhalb des Tumors normal. — Operation: Punktion ergibt gelben Eiter; darauf schichtenweise Spaltung der Haut, des subcutanen Fettgewebes und der oberflächlichen Beckenfascie. Aus dem oberen Teil des Schnittes entleert sich, nach Spaltung des Muskels in der Linea alba, ¼ Liter Eiter. Es findet sich eine mit einer dunklen, weichen Abszessmembran ausgekleidete Höhle, deren Grund von der Fascia transversa gebildet wurde. Mit dem Finger gelangte man leicht an den oberen Rand der Symphyse, nicht aber hinter dieselbe. — Die beiden kleinen prominierenden Tumoren erwiesen sich als Perforationsöffnungen im Muskelgewebe, und zwar stand die obere vollständig mit der Abszesshöhle in Verbindung, sodass sich deren Inhalt zugleich mit dem der grösseren Abszesshöhle entleerte. Die etwas derbere Prominenz zeigte eine Kommunikation durch einen ganz engen Fistelgang und enthielt etwas flüssigen und verkästen Eiter. Die Muskeln waren bräunlich. Auskratzung der Abszesshöhle mit dem scharfen Löffel. Muskelnaht. Drainage. Hautnaht, bis auf den oberen und unteren Wundwinkel. — Fieber war nie vorhanden gewesen. Heilung.

11. Göttinger Chirurg. Klinik:

14 jähriger Junge. Eltern gesund. Ein Bruder wegen Drüsen am Hals operiert. Zwei andere Brüder und Schwestern gesund. Patient ist nach seiner Angabe viel kränklich gewesen; hat viel an Luftröhrenkatarrh gelitten. Seit Mai 1910 (Aufnahme am 13. März 1912) Schmerzen im Unterleib. Vom Arzt an-

geblich wegen Darmentzündung ca. 14 Wochen behandelt. — Vor 4 Wochen Schmerzen in der Oberbauchgegend. Vor 3 Wochen haben sich in der Oberbauchgegend zwei kleine Knoten zu beiden Seiten der Mittellinie gebildet. Anfangs stärkere, jetzt nur noch geringe Schmerzen. Nach grösseren Mahlzeiten angeblich Druck in der Nabelgegend.

Status: mittelgrosser, in der Entwicklung zurückgebliebener Junge, keine Pubes. Keine Drüsenanschwellungen. Wirbelsäule gerade; Herz und Lungen o. B.

Lokalbefund:

Abdomen: Die Inspektion zeigt zwei kugelige, symmetrische Vorwölbungen, in der Mitte zwischen Nabel und Processus ensiform. Die linke grösser als die rechte. Die beiden Vorwölbungen liegen unter dem m. m. recti und verschwinden, wenn sich der Patient aufsetzt. Dieselben sind prall elastisch, und zeigen beide, besonders die linke, deutlich Fluktuation. Die linke Vorwölbung zeigt ausserdem an ihrem unteren Teil einen harten Knoten, der auf Druck sehr schmerzhaft ist; ebenso die rechte.

Klopfschall gedämpft tympanitisch; von der Leberdämpfung deutlich abgrenzbar; respiratorisch nicht verschieblich. Milz: nicht vergrössert, nicht palpabel. Urin: frei. — Kleine Nabel-Hermie.

Bei der Untersuchung im Wasserbade lassen sich beide Vorwölbungen palpatorisch noch besonders abgrenzen. Sie gehören mit ziemlicher Sicherheit den Bauchdecken an (hinter den Recti gelegen); respiratorisch nicht verschieblich.

In Lokal-Anästhesie Punktion erst der linken, dann der rechten Geschwulst. Es entleeren sich im ganzen etwa 60 ccm dünngelben Eiters. Injection von ca. 10 ccm Jodoformglyzerin.

Bakteriologische Untersuchung des Eiters ergibt weder Bakterien noch Tb.-Bazillen.

Vier Tage später haben sich die Abszesse wieder etwas gefüllt; auch besteht wieder geringe Druckempfindlichkeit.

Wird auf Wunsch des Vaters entlassen, mit der Weisung, in acht Tagen zur Wiederholung der Punktion wiederzukommen.

Diagnose: Kalte Abszesse der Bauchwand.

Von den angeführten 11 Fällen symmetrischer Abszesse der Bauchwand gehörten nach ihrem anatomischen Sitz an:

dem subcutanen Gewebe	1 Fall;
der vorderen Rectusscheide	2 Fälle;
dem Muskel selbst	1 Fall;
der hinteren Rectusscheide	7 Fälle.

Die Aetiologie liess sich nur in einem Teil der Fälle sicher aufklären. 5 Fälle blieben unklar, darunter der Göttinger Fall. Bei 1 Fall war Blennorhoe in der Anamnese erwähnt. 1 Fall kann auf Mediastinitis, die infolge eines Trauma entstanden war, zurückgeführt werden. Für 1 Fall stehen Rectitis und Trauma in ätiologischer Beziehung zur Abszessbildung. 1 Fall war auf typhoides Fieber, 1 Fall sicher auf Tuberkulose zurückzuführen. Auch in einem Teil der übrigen Fälle dürfte die Tuberkulose eine bedeutende Rolle spielen.

Therapeutisch wurde in 9 Fällen chirurgisch vorgegangen, nämlich 8 mal inzidiert, 1 mal (der Göttinger Fall) punktiert. Bei einem Fall wurde mit Bettruhe und Kataplasmen Heilung erzielt, bei einem anderen gingen allein schon durch die Bettruhe die entzündlichen Erscheinungen zurück.

10 Fälle wurden geheilt, resp. stand baldige Heilung in Aussicht; bei zweien derselben restierte eine Induration der erkrankten Gegend. Ein Fall, der Göttinger Fall, entzog sich der klinischen Behandlung. Er wurde zu Hause noch mehrmals vom Arzt punktiert. Nach Mitteilung des letzteren besteht zur Zeit noch eine Fistel mit ganz geringer Sekretion. Das Allgemeinbefinden hat sich gehoben; doch soll nach Mitteilung des Vaters der Patient noch über Schmerzen klagen.

Dem Geschlecht nach war das männliche mit 8 Fällen überwiegend.

Das Lebensalter war vom 6. bis zum 58. Lebensjahre vertreten.

Literatur.

Adams, Transact of the pathol. Soc. of London. 1854. Vol. V. 245.
Arnould, Gaz. méd. de Paris. 1877. 489 und 501.
Aron, Gaz. des hôp. 1873. 577.
Albert, Chirurgie. Bd. III.
Bernutz, Arch. gén. de méd. 1850. XXIII. 129 und 290.
Besnier, ebenda. 1878. II. 257.
G. Bouilly, Gaz. méd. de Paris. 1884. 337.
G. Bouilly, Les tumeurs aiguës et chron. de la cavité prévésical. Thèse de Paris. 1880.
M. Bouilly, Gaz. des hôp. 1885. 42.
Bouland-Tillaux, Gaz. des hôp. 1884. 619.
Brisolle, Gaz. des hôp. 1883. 989.
Bristowe, Lancet. 1883. II. 531.
Caro. The med. Record. N. York. 1879. XVI. 499.
Castaneda y Campos, Du phlegm. de la cavité prépérit. Thèse de Paris. 1878
Corlieu, Gaz. des hôp. 1861. 150.
Cousins, Med. Times and Gaz. 1864. II. 280.
Clado, L'union médic. 1894. 601 ff.
Cordemoy de, Thèse de Paris. 1898.
Clenet, Thèse de Lille. 1898.
Charpy, Revue de chirurg. 1888. 117. 191.
Corlieu, Gaz. des hôp. 1861. 150.
Dance, Arch. gén. de med. 1832. XXX. 147.
Davids, Dissert. Berlin 1884.
Desprès, Gaz. des hôpit. 1874. 545.
Dupuytren, Leçons orales de clin. chirurg. 1839. II. 193.
Descroizilles, Gaz. des hôpit. 1893. 933.
Englisch, Wiener Klinik. 1889. 1. und 2. Heft.
Faucon, Arch. gén. de méd. 1877. II. 385 und 545.
Fouqué, Gaz. des hôpit. 1884. 315.

Freund, Klin. Beiträge zur Gynäkolog. Breslau 1862. 140.
Fernet, Bulletins et mémoires de la Soc. méd. 1877.
Fritsch, Bericht aus der Bonner Frauen-Klinik. 1895.
Gabriel, Deutsche Klinik. 1860. 216.
Gérardin, Recherches sur la cavité prépérit. de Retzius. Thèse de Paris. 1879.
Gérard, Gaz. des hôpit. 1898.
Girard, Gaz. des hôpit. 1883. 861.
Gosselin, Gaz. des hôpit. 1865. 305.
Gosselin, Clinique chir. de l'hôp. de la charité. II. édit. Paris 1876. II. 37.
Gruber, Zeitschrift d. k. k. Gesellschaft d. Ärzte zu Wien. N. F. 1860. III. 350. Virchow's Arch. 1862. XXIV. 182.
Guyon, Gaz. des hôpit. 1878, 177. 1879, 593.
Hanuschke, Chirurg. operat. Erfahrungen. Leipzig 1864. 81.
Heinrich, Journ. für Kinderkrankheit. 1849. XII. 6.
Heurtaux, Bull. de la Soc. de chir. de Paris. 1877. III. 611.
Holmes, System of Surgery. 2. ed. 1870. I. 129.
Hyrtl, Sitzungsbericht d. mathem. naturwiss. Klasse der k. k. Akad. d. Wissenschaft. in Wien. 1858. XXIX. 259.
Hiller, Beiträge zur klin. Chirurgie, Band 25.
Heidelberger Klinik, Jahresberichte der. 1897.
Hildani, Fabric. de, observat. chirurg. cent. II. Observ. 39. 1592. 115. Nach Freund, s. o.
Hahn, Stuttgart. p. 170. — s. o. Freund.
Jander, Über die eiterige Mediastinitis. Dissert. Breslau, nach Zentralbl. für Chirurgie 1889. 475.
Koch, München, med. Wochenschrift 1887. XXXIV. 853 und 876.
Krönlein, Arch. für klin. Chir. 1877. XXI. Anhang. 164.
Küttner, Zeitschrift für Hygiene 1895.
Labuze, Des abscès dével. dans la gaine du muscle grand droit ant. de l'abdomen. — Thèse de Paris. 1871.
Leach, Med. Times and Gaz. 1869. II. 572.
Leisrink, Bericht der chirurg. Poliklinik des Frauen-Hilfs-Vereins zu Hamburg. 1879. 35.
Leusser, Arch. für klin. Chirurgie 1885. XXXII. 851.
Leclerc, Congrès français de chirurg. 1893.
Lejars, Thèse de Paris. 1898.
Ledderhose, Deutsche Chirurgie, 45 b. 1890.
Menault, Gaz. hebdom. 1883. XX. 754.
Meyer, Max, Arch. für klin. Chirurg. 1874. XVII. 333.
Murchison, Transact. of the pathol. Soc. of London. 1865. XVI. 275.
Murray, Edinburg med. Journ. 1882. XXVII. (II.) 728.

Maass, Jahresbericht d. Würzburg. Klinik. 1884.
Manquest de la Motte, Traité de chirurgie. F. I. Observ. 50—205.
Martens, Arch. med. Belges. 1886. XXIV.
Medical News, 1891.
Melchior, Beiträge zur klin. Chirurgie. Band 70. 1910.
Para, Bull. de la Soc. anat. 1884. IX. 562.
Paul, Bull. de la Soc. anat. 1862. VII. 318.
Paulin, Gaz. des hôp. 1884. 116.
Pauzat, Gaz. médec. de Paris 1880. 448, 493, 506, 543, 572, 617.
Pauzat, Gaz. médec. de Paris 1883. 426.
Peyrot, Gaz. des hôp. 1883. 1017.
Pinner, Deutsche Zeitschrift für Chirurg. 1886. XXIII. 463.
Rehn, Congrès internat. de Copenhague. 1886. III. Section de pédiatrie. 131.
Richelot, Union méd. 1883. XXXV. 61.
Rivington, Med. Times and Gaz. 1877. II. 359.
Robiczek, Allgem. milit. ärztl. Zeitung. 1874. 91.
Roser, Centralbl. für Chirurgie. 1886. 657.
Rectus, Congrès de chirurg. 1891.
Sänger, Centralbl. für Gynäk. 1886. 299.
Socin und Keser, Jahresber. 1884. 55.
Sokolowski, Medycyna 1879, No. 36. — Nach Jahresberichten für die gesamte Medizin. 1879. II. 411.
Schönlein'sche Vorträge. pag. 206.
Taylor, Med. Times and Gaz. 1885. I. 577.
Tillaux, Gaz. des hôp. 1880. 321.
Thompson-Finley, Med. Times and Gaz. 1880. 35.
Trélat, Gaz. des hôpit. 1882. 948.
Vallin, Union méd. 1877. 929.
Velpeau, Gaz. médic. de Paris. 1823.
Virchow, Verhandlungen der phys. med. Gesellschaft zu Würzburg. 1856. VII. 213.
Waring-Curran, Lancet 1872. II. 669.
Wedrychowski, Contribution à l'étude des abscès de la parvi abd. ant. Thèse de Paris. 1879.
Wolff, Annalen des Charité-Krankenhauses zu Berlin. 1852. III. 1.
Worms, Gaz. des hôpit. 1867. 548.

Nachtrag:

Barot, Journal de méd., chirg. et pharm. 1801.
Broca, Gaz. hebdom. de Paris 1891.
Boinet, Union medic. 1876.
Boyer, Malad. chirurg. T. 9, pag. 50.
Bourienne, Journ. de chirurg., méd. et pharm. 1775.
Bonnet, Med. septent. sect. 17. Cap. 5. 1686.

Lebenslauf.

Ich bin am 5. März 1883 als Sohn des Kaufmanns Diedrich Vasmer aus Bremen in Hull geboren. Mein Vater starb wenige Wochen nach meiner Geburt, und meine Mutter kehrte mit mir nach Deutschland zurück. In Wernigerode a. H. besuchte ich das humanistische Gymnasium bis Ober-Sekunda und ging dann nach Bremen, um Kaufmann zu werden. Der kaufmännische Beruf gab mir die erhoffte Befriedigung nicht; so kehrte ich auf die Schule zurück und bestand am humanistischen Gymnasium zu Duderstadt die Reifeprüfung. — Um Medizin zu studieren, bezog ich die Universitäten Leipzig, Jena, München, Göttingen. — In Göttingen bestand ich das Physikum am 5. November 1909 und das Staatsexamen am 8. Juni 1912.